

242

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 1^{er} mars 1900, à 1 heure

PAR

Albert LABROY

DE LA

RÉTENTION DANS LES CYSTITES

Président : M. GUYON, Professeur
HUTINEL, Professeur
Juges : MM. } CHARRIN, Agrégé.
FAURE, Agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 1^{er} mars 1900, à 1 heure

PAR

Albert LABROY

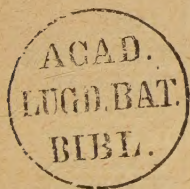
DE LA

RÉTENTION DANS LES CYSTITES

Président : M. GUYON, Professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, Professeur.
CHARRIN, Agrégé.
FAURE, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH RICHET
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR DESNOS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Chirurgien de l'hôpital Necker

Membre de l'Institut

Vice-Président de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

La rétention d'urine, dans les cystites est connue depuis fort longtemps.

C'est elle qui fut considérée d'abord comme cause de l'inflammation de la vessie et de ses conséquences plus ou moins graves suivant la nocivité de l'urine. De nombreuses théories vinrent ensuite expliquer les différentes évolutions de la maladie et ce n'est qu'en 1859 que Pasteur émit l'idée du « ferment aérien organisé ».

A partir de cette époque les recherches se dirigèrent de ce côté, et un grand nombre de doctrines microbiennes s'établirent.

Les bactéries furent décrites successivement et la cause des cystites fut enfin élucidée : c'est l'infection vésicale par des micro-organismes.

Cette cause primordiale établie, il existe des causes adjuvantes dont la plus active est la rétention (Guyon).

La rétention, complète ou incomplète, permet la culture et la pullulation des germes qui envahissent plus facilement les parois d'une vessie sous le coup d'une poussée

congestive. Les prostatiques et les rétrécis fournissent le plus d'exemples à cette loi.

Il arrive aussi parfois que l'infection précède la rétention.

M. le docteur Desnos a observé ce phénomène inverse, c'est-à-dire des infections vésicales très différentes dans leur origine, dans lesquelles la vessie était restée complètement vide après la miction ; bientôt après, elle retenait une quantité de plus en plus grande d'urine, à mesure que l'infection devenait plus intense et plus ancienne.

Quelques observations publiées par M. le docteur Desnos (1) en 1898, à l'Association française d'urologie, montrent le début de ces cystites.

C'est sur les conseils de notre maître que nous avons étudié cette question et avons recherché la fréquence de ce mode particulier d'évolution des cystites.

Depuis ce moment nous avons examiné tous les malades atteints de cystite qui se sont présentés à nous ; nous avons recueilli toutes les observations afin de suivre pas à pas la marche de l'affection.

Nous avons séparé les cystites chez les rétrécis et chez les prostatiques des autres variétés, sauf dans quelques cas où, exceptionnellement, elles nous ont paru dépendre du même mécanisme.

Mais avant de traiter ce sujet, il est pour nous un devoir que nous sommes heureux d'accomplir : celui

DESNOS. — *Infection vésicale et rétention*. Association française d'urologie. Paris, 1898, p. 109.

de rendre hommage aux maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales.

Notre première pensée est pour notre éminent maître M. le docteur Desnos, auprès de qui nous travaillons depuis bientôt six années. C'est à lui que nous devons entièrement nos connaissances en urologie, grâce à son enseignement aussi précis qu'intéressant, et aussi à la large initiative qu'il nous a toujours laissée, surtout depuis deux ans que nous avons l'honneur d'être son assistant particulier.

L'accueil si bienveillant qu'il nous a toujours fait, et les précieux conseils qu'il n'a cessé de nous donner, nous font aujourd'hui une obligation de lui témoigner notre profonde gratitude ; notre dette de reconnaissance serait longue à acquitter : aussi notre dévouement lui est assuré pour toujours.

Nous n'oublierons pas non plus M. le docteur Bucquoy, médecin honoraire des hôpitaux, qui fut notre premier chef de service ; nous nous rappellerons M. le professeur Bouchard et son enseignement ; nous nous souviendrons également de MM. les docteurs Charrin, Gaucher, Lenoir, Méry, Thibierge, médecins des hôpitaux, à qui nous offrons l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous prions M. le Professeur Fournier de bien vouloir accepter nos respectueux et sincères remerciements pour ses magistrales leçons que nous avons suivies pendant plusieurs années.

Que MM. les docteurs Tapret et Cuffer, médecins des hôpitaux, soient assurés de toute notre reconnaissance

pour les conseils qu'ils n'ont cessé de nous donner pendant tout le temps que nous avons passé dans leur service.

Que M. le docteur Bar, accoucheur des hôpitaux, qui nous initia à la pratique de son art, veuille bien croire à nos meilleurs sentiments de gratitude.

Tous nos remerciements également à MM. les docteurs Jullien et Chéron, médecins de Saint-Lazare, ainsi qu'à M. le docteur Verchère, chirurgien de Saint-Lazare, pour leur précieux enseignement complémentaire et leur pratique spéciale.

Nous garderons toujours la plus grande reconnaissance pour les leçons de MM. les docteurs Bonnaire et Varnier accoucheurs des hôpitaux, de MM. les docteurs Chaput, Faure, Hartman, Thiéry, Walther, chirurgiens des hôpitaux.

Nous avons passé une année dans le service de M. le docteur Reynier, chirurgien des hôpitaux, et c'est là que nous avons puisé nos connaissances cliniques; les leçons et les conseils qu'il nous a prodigués, ainsi que son accueil bienveillant, nous font un devoir de lui témoigner notre profond attachement.

Que M. le professeur Guyon nous permette de lui témoigner notre profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DES CYSTITES

Définition. — La dénomination ancienne de cystite, ou « inflammation de la vessie », n'est plus suffisante aujourd'hui ; il est nécessaire de spécifier qu'il s'agit d'une infection microbienne du contenu de la vessie en même temps que de ses parois.

Cette restriction élimine de la définition la cystalgie et la bactériurie.

Dans la cystalgie en effet, la douleur et la fréquence existent comme dans la cystite, mais l'absence de pus dans les urines permet de poser le diagnostic de cystalgie.

Il est des cas, cependant, où il existe, dans les urines, du pus provenant de lésions rénales ou uréthrales et pouvant faire croire à une cystite.

L'absence de sensibilité vésicale, à la pression hypogastrique, et surtout à la distension (Guyon) par un liquide injecté à l'aide d'une sonde introduite dans l'urèthre, permettra de lever tous les doutes. D'ailleurs, un explorateur métallique, promené sur la muqueuse vésicale,

donne toujours lieu à des sensations douloureuses, dans les cas de cystite. Le cystoscope sera également d'un utile secours puisqu'il permettra de s'assurer de l'absence absolue de toute lésion vésicale.

La bactériurie est l'infection du contenu vésical seul. Le microbe a réussi à s'implanter dans l'urine de la vessie : il y cultive, s'y développe et l'infection est constituée.

Son premier effet est l'altération de l'urine en dehors même de toute altération de la paroi (1).

La douleur et la fréquence font défaut quand il n'existe, simultanément, aucune lésion de l'urèthre ou de la prostate. Dans les cas douteux, la cystoscopie pourra encore servir à établir un diagnostic exact.

Ces restrictions posées, mettant à part les cystalgies et la bactériurie, la dénomination de « cystite », peut être conservée comme terminologie et entité clinique.

Etiologie et développement des cystites. — Des conditions générales de deux ordres tiennent sous leur dépendance le développement de la cystite (2) : il faut, d'une part un terrain favorable représenté par les parois de la vessie plus ou moins altérées, d'autre part un micro-organisme qui s'y développe.

Toutes les causes qui provoquent la congestion de la vessie (Guyon) : traumatisme, refroidissement ou brûlure

(1) ALBARRAN, HALLÉ et LEGRAIN. *Des infections vésicales*. Rapport présenté à la III^e session de l'Association française d'urologie, p. 51.

(2) DESNOS. — *Traité élémentaire des maladies des voies urinaires*, 2^e édition. Paris, O. Doin, 1898.

de la région abdominale, suppression brusque des règles, excès de boissons, de coït, de masturbation, évacuation trop rapide de la vessie en état de rétention complète, constipation, hémorroïdes, position assise prolongée, etc., agissent comme causes prédisposantes; à elles seules elles ne peuvent produire la cystite.

Le micro-organisme nécessaire au développement de la cystite est très variable suivant les cas: beaucoup d'espèces ont été signalées, et, dans une vessie infectée, il est fréquent de rencontrer de nombreuses variétés de germes pathogènes.

Notre tâche a été facilitée ici par un travail récent de MM. Albarran, Hallé et Legrain, travail déjà cité au cours de cette étude (1). D'après ces auteurs, les résultats des divers expérimentateurs semblent ne pas concorder à propos de la prédominance des différentes bactéries.

Les raisons de ces divergences sont faciles à saisir. L'infection vésicale, nullement spécifique, banale au contraire, relève de micro-organismes multiples et divers.

L'étude d'une série d'urines infectées ne peut donc fournir nécessairement, toujours et partout, des résultats identiques.

Aujourd'hui, les résultats acquis, quoique assez dissimilaires, permettent de dresser le tableau résumé des variétés bactériologiques rencontrées, par ordre de fréquence, dans les cystites:

Bacterium coli commune, *streptococcus pyogenes*,

(1) Voir page 10.

proteus, bacille de Koch, diplococcus ureæ liquefaciens, staphylococcus ureæ liquefaciens, strepto-bacillus anthracoides, gonocoque, bacille typhique.

L'espèce la plus fréquente, signalée par presque tous les auteurs, est le bacterium coli.

Voies d'accès des micro-organismes dans la Vessie. — La pénétration dans la vessie des micro-organismes peut se faire de plusieurs manières : la voie uréthrale est la plus habituellement suivie ; l'infection de l'urèthre se transmet par cathétérisme ou spontanément à la muqueuse vésicale. L'urèthre normal contient d'ailleurs de nombreux germes qui peuvent également, par un des modes ci-dessus, pénétrer dans une vessie en état de réceptivité et occasionner la cystite.

Les micro-organismes peuvent aussi, exceptionnellement, pénétrer par les parois vésicales avec le pus d'un abcès voisin s'ouvrant dans la vessie.

L'infection peut se faire encore par voie rénale. M. le professeur Bouchard (1) a démontré que le rein atteint, en totalité ou en partie, de lésions microbiennes primitives ou secondaires, peut charger l'urine de germes qui arrivent dans la vessie.

Rovsing cite également plusieurs observations à l'appui de cette hypothèse.

Enfin il existe un mode d'infection d'origine circulaire, par le sang charrié dans les capillaires de la muqueuse vésicale : c'est par ce mécanisme que paraissent s'établir parfois la cystite tuberculeuse et peut-être aussi un certain nombre de cystites d'origine infectieuse.

(1) BOUCHARD. — *Néphrites infectieuses*. Revue de médecine, 1882.

Reymond attribue au système lymphatique un rôle assez considérable, dans les infections de voisinage; les micro-organismes pathogènes pouvant se diffuser d'un foyer voisin à la paroi vésicale, sans altération primitive de cette cavité.

ÉTUDE CLINIQUE DES CYSTITES

Symptômes. — Le type classique de la cystite est défini par les trois symptômes suivants : douleur, fréquence, purulence (Guyon).

Que la cystite soit aiguë ou chronique, ces trois signes fondamentaux sont nécessaires pour affirmer le diagnostic.

Comme premier caractère, la douleur est plus ou moins vive, suivant l'état aigu ou chronique de l'infection, suivant la nature et l'étendue de l'inflammation ; elle existe pendant la miction, avec exacerbation à l'expulsion des dernières gouttes d'urine. Parfois même, elle se prolonge ensuite, sous forme de gêne dans la région vésicale, avec irradiation vers les aînes, les cuisses, le périnée, l'anus, la région lombaire.

Cette gêne constitue quelquefois le seul symptôme douloureux qui marque le début insidieux de certaines cystites chroniques.

Il est une notion, également à préciser, celle qui a trait aux circonstances qui aggravent la douleur :

un calculeux souffre plus pendant une marche ou une promenade en voiture que lorsqu'il est couché; l'inverse se produit pour le prostatique chez qui toute congestion de la prostate est une cause de sensation pénible.

La fréquence des mictions est constante, mais plus ou moins grande suivant la gravité de l'affection; les besoins d'uriner plus ou moins impérieux et leur satisfaction incomplète.

Enfin le pus ne fait jamais défaut dans l'urine; elle peut en contenir des quantités plus ou moins grandes, mais avec ce caractère que sa masse reposée reste claire, à moins qu'il y ait complication rénale. Dans ce cas, les urines lactescentes, opalescentes, donnent bien un dépôt purulent plus ou moins abondant, mais la masse d'urine qui surnage conserve cette opalescence après le repos: c'est la caractéristique des urines rénales (Guyon).

Dans les cas très aigus, les dernières gouttes d'urine contiennent une assez forte quantité de pus; ce dernier provient du bas-fond vésical, point le plus déclive, et il est expulsé par les contractions qui se produisent à la fin de la miction. Parfois, dans ces cas très aigus, les dernières gouttes expulsées sont également teintées, ou même sont constituées par du sang pur. Les cystites blennorrhagiques et tuberculeuses représentent les types de cette variété: la contracture du muscle vésical sur la région vésicale enflammée rend compte de ce phénomène.

En règle générale, la quantité de pus que contient l'urine n'est pas aussi considérable, et il arrive que, dans certaines cystites chroniques, il n'est possible d'en apercevoir que des traces.

Anatomie pathologique. — Les lésions anatomo-pathologiques de la vessie s'observent à des degrés différents, suivant la gravité et l'ancienneté de l'infection : elles consistent d'abord en vascularisation des réseaux capillaires de la muqueuse avec prédominance vers le bas-fond et le trigone; les cellules épithéliales augmentent ensuite de volume, se gonflent et tombent dans la vessie.

A un degré plus avancé, la suppuration s'établit et la muqueuse participe à l'inflammation : les urines contiennent, outre les micro-organismes, des leucocytes, des hématies et des cellules épithéliales.

Enfin la musculuse et la séreuse peuvent être altérées. Dans les cas légers ou récents, la tunique musculaire est indemne, mais dans les cas anciens elle est hypertrophiée, indurée, et offre une coloration rouge avec des stries grisâtres (Desnos).

Cette hypertrophie du muscle vésical se rencontre surtout dans les cystites douloureuses. C'est là un résultat des contractions violentes et répétées auxquelles la vessie est soumise, et aussi de l'inflammation propagée au tissu musculaire (Hartmann).

Le muscle vésical tout entier, participe à cette hypertrophie, et l'excitation de ce muscle amène les contractions, non pas du col, mais de tout le corps de la vessie (Guyon)

Il résulte, des contractions de ce muscle vésical, des douleurs qui peuvent prendre une acuité extrême et constituer les « cystites douloureuses » (Hartmann).

DES CYSTITES DOULOUREUSES

Le caractère particulier de ces cystites, est, comme leur nom l'indique, l'élément douleur qui revêt une acuité considérable.

Il est extrêmement rare de rencontrer cette forme au début de la maladie, mais toutes les cystites, peuvent y aboutir. Certaines variétés en fournissent cependant plus d'exemples : c'est d'abord la cystite tuberculeuse, puis la cystite blennorrhagique ; viennent ensuite, très rarement et par ordre décroissant, l'infection vésicale chez la femme, les cystites des calculeux, des néoplasiques et des rétrécis.

Ce n'est pas le seul symptôme douleur qui constitue essentiellement cette affection : la fréquence des mictions prend aussi une intensité considérable. Chez certains malades, les besoins d'uriner sont presque incessants, impérieux et impossibles à satisfaire complètement.

Le malade urine tantôt debout, tantôt couché ; il exerce des tractions sur la verge pour n'arriver à rendre que quelques gouttes d'urine aux prix des plus violents efforts. L'urine est ordinairement teintée de sang.

Dans ce cas, les parois vésicales contracturées expulsent jusqu'à la dernière goutte d'urine, et, les contractions continuant, le contact se produit, d'où exagération de la douleur (Hartmann). Ce mécanisme n'est pas applicable naturellement aux cas où la rétention préexiste, du fait d'une distension mécanique, comme dans les exemples de rétrécissements ou d'hypertrophie de la prostate.

Généralement une vessie qui est le siège de douleurs intenses ne tolère pas l'injection de liquide, pas plus qu'elle ne tolère l'accumulation de l'urine dans sa cavité (Hartmann).

Cette loi ne nous paraît pas aussi générale, car nous avons constaté assez souvent qu'une sonde introduite dans la vessie, après une miction, donne issue à une plus ou moins grande quantité d'urine.

Thompson prétend, d'ailleurs, que la rétention d'une petite quantité d'urine serait une des causes les plus fréquentes de la persistance de ces cystites chroniques douloureuses.

Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas à l'appui de ce que nous avançons : nous avons assisté au début de l'affection d'un de ces malades* et avons pu suivre l'évolution des différentes phases de sa maladie.

Chez chacun de ces sujets, nous avons remarqué que la vessie ne se vidait pas complètement.

OBSERVATION I (1). — *Néphrite et Cystite
tuberculeuse douloureuse.*

Des..., 31 ans, employé de commerce, n'a jamais eu de blennorrhagie.

Il y a deux ans, le malade fut pris brusquement, le matin en allant à son bureau, de douleurs violentes dans les reins, douleurs s'irradiant vers le trajet des uretères. La durée de la crise fut d'une heure et demie.

Il fut traité par le Dr J..., pour coliques néphrétiques. Les urines étaient abondantes et l'examen montra qu'elles contenaient de l'albumine (0 gr. 58 par 24 heures), des leucocytes, des cellules épithéliales et du pus.

Depuis le début de sa maladie, le malade urinait plus fréquemment que d'habitude; huit mois après, les fréquences augmentèrent (toutes les 20 minutes, la nuit et le jour). Cet état dura un mois et demi environ.

Aucun traitement de la vessie ne fut institué et par le simple repos, les envies d'uriner diminuèrent de fréquence, avec des recrudescences par moment.

Deux mois avant de se présenter à la clinique, le malade avait eu une crise de cystite: les besoins d'uriner étaient impérieux et très fréquents.

Des lavages de la vessie, au nitrate d'argent et à l'eau boriquée amenèrent un peu de sédation de l'élément douleur.

Vu à la clinique le 18 février 1899, avec les symptômes suivants :

Envies fréquentes d'uriner (tous les trois quarts d'heure), avec mictions peu douloureuses.

Les urines sont troubles en masse et contiennent beaucoup de pus.

(1) Toutes ces observations sont inédites.

Le cathétérisme pratiqué après une miction, montre que *la vessie conserve 40 grammes environ d'urine.*

Un explorateur n° 23 donne un léger ressaut à son retour.

Les épидidymes sont légèrement indurés mais plus nettement bosselés à gauche.

Le toucher rectal permet de constater que le bas-fond vésical est très développé, que les vésicules sont grosses et dures mais qu'aucun indice n'existe du côté de la prostate.

L'examen cystoscopique laisse voir nettement des lésions de cystite (plaques de desquamation à surface réfringente) localisées dans la région des uretères.

Traitement : Instillations d'acide picrique faites dans la vessie pendant plusieurs mois sans grand résultat.

Le malade part pour la campagne ; pendant son séjour il est pris d'envies très fréquentes et fort douloureuses d'uriner. Les instillations d'huile gaïacolée donnent peu de soulagement.

Vu à son retour à Paris avec des crises de douleurs atroces au moment des mictions qui sont presque continuelles. La rétention est assez forte (50 gr. environ) et l'état général est mauvais. Les instillations d'huile gaïacolée et d'acide picrique procurent un mieux si peu marqué que le malade réclame un traitement chirurgical.

La taille sus-pubienne fut pratiquée par M. le Docteur Desnos qui fit un curetage de la vessie.

Une sonde fut introduite dans la vessie par la plaie hypogastrique et laissée à demeure.

Depuis six mois que le malade conserve sa sonde, les douleurs ont beaucoup diminué et l'état général est meilleur.

OBSERVATION II. — *Cystite tuberculeuse douloureuse.*

Did..., 19 ans, cultivateur, vu à la clinique le 1^{er} décembre 1897.

— Pas de blennorrhagie antérieure.

Il y a cinq mois, brusquement, le malade est pris d'envies fréquentes d'uriner (plusieurs fois par heure), avec les dernières contractions douloureuses la plupart du temps. Jamais de sang. La nuit, les envies sont moins fréquentes et le malade reste parfois plus d'une heure sans uriner.

La voiture n'occasionne aucune douleur.

Actuellement, le malade urine plusieurs fois par heure (jour et nuit) et les mictions sont fort douloureuses et impérieuses ; le linge a une odeur urineuse ; le malade affirme pourtant qu'il n'urine pas involontairement.

L'état général est mauvais et le malade dit qu'il a maigri beaucoup depuis le début de son affection.

A l'examen, les épидидymes ne présentent aucun caractère particulier ; la prostate paraît normale ; le canal est libre et le cathétérisme est très douloureux.

La vessie avec 30 à 40 grammes de rétention est fort douloureuse, surtout à l'explorateur métallique qui permet de constater l'absence de corps étranger.

Les urines sont louches et contiennent du pus.

Des instillations de sublimé et d'huile gaïacolée, faites dans la vessie après l'avoir vidée, améliorent sensiblement le malade ; il n'est plus revenu après six semaines de traitement.

OBSERVATION III. — *Urétéro-pyéélite et cystite douloureuse*

M^{me} Cha..., 23 ans, femme de ménage, vue à la clinique le 29 mars 1899.

Antécédents personnels : Fausse couche, il y a deux ans et douleurs dans le flanc droit. Nouvelle fausse couche en juillet 1898, et pertes blanches abondantes consécutivement. Le 18 janvier 1899, douleurs violentes dans les lombes du côté droit ; en même temps les mictions sont fréquentes (trois fois par heure) très douloureuses ; jamais de sang.

Les phénomènes du côté du rein persistent au moment où la malade vient consulter.

Examen : La région du rein droit est très douloureuse à la pression ; il en est de même du trajet de l'uretère droit ; rien du côté gauche.

Les urines sont purulentes.

Le cathétérisme très douloureux, *donne un peu d'urine* ; la vessie est très peu tolérante à l'exploration et à l'injection. La paroi vésicale est très douloureuse au toucher.

Le toucher vaginal montre qu'il y a de plus métrite avec salpingite droite.

La malade n'est plus revenue.

Certaines de nos observations pourraient paraître incomplètes : nous avons étudié surtout les points qui sont intéressants pour notre travail sans nous attarder à noter toujours l'histoire complète de nos malades jusqu'à leur guérison.

CYSTITES DE MOYENNE INTENSITÉ

Les faits observés, dans « ces sortes de contractures vésicales » que nous venons d'étudier, se remarquent assez souvent, mais c'est surtout dans les cystites de moyenne intensité qu'il est presque constant de les rencontrer.

Caractères. — Ces douleurs violentes, ces besoins incessants et impérieux d'uriner n'existent plus, même dans les cas aigus ; tous les symptômes se réduisent à une fréquence des mictions plus grande qu'à l'état normal et à une souffrance vive mais de peu de durée à l'évacuation naturelle du contenu vésical. Le malade n'est pas torturé par cette pénible sensation de contractions incessantes du muscle de la vessie.

L'urine contient du pus ; il est bien difficile de rechercher la part qui revient à l'infection de la vessie dans la production du pus dans la cystite aiguë qui est souvent consécutive à une infection uréthrale, ou en rapport avec elle.

Lorsque la poussée aiguë est terminée ou quand l'affection est chronique, les caractères sont beaucoup

moins nets : les douleurs sont ordinairement presque nulles ou si peu accusées que le malade ne s'en préoccupe guère ; il note une gêne dans la région hypogastrique et une sensation de chaleur vers l'extrémité de la verge à l'émission des dernières gouttes.

Les mictions sont à peine augmentées et le malade se lève ordinairement la nuit, une seule fois. L'urine contient quelques filaments et si l'on n'était prévenu de l'état insidieux de cette infection vésicale, il serait bien difficile de faire le diagnostic.

C'est dans ces formes particulières que l'examen cystoscopique est d'un utile secours ; il est rendu facile, en général, par le peu de douleur qu'il occasionne, à l'inverse des cas aigus où l'introduction de l'instrument cause de violentes souffrances,

Examen cystoscopique. — Les lésions inflammatoires révélées par le cystoscope sont assez variables suivant les différentes périodes de la maladie. Au début, c'est une simple congestion des parois vésicales qui paraissent plus ou moins vascularisées ; la coloration de la muqueuse peut varier du rouge intense à un degré beaucoup moins accentué : la vascularisation porte spécialement sur le col vésical. Il arrive parfois que cette dilatation vasculaire forme par places de petits îlots donnant des taches plus ou moins rouges qui tranchent sur le fond de la vessie. Leur rupture, assez fréquente lorsqu'on les touche avec le cystoscope, donne lieu à de petites hémorrhagies.

A un stade plus avancé, on voit de petites élevures blanchâtres qui constitueront des exfoliations de la muqueuse ; on les rencontre principalement dans le bas-

fond vésical et même parfois exclusivement localisées en cet endroit. Bientôt après ces squames se détachent et flottent dans le liquide ayant l'apparence de paillettes d'acide borique ; parfois elles restent attachées par un point de leur surface et donnent l'illusion de franges, de lambeaux flottants, et peuvent, par l'ombre projetée, faire croire à des cellules vésicales ou à des productions néoplasiques.

La vessie perd alors de son brillant et la muqueuse apparaît comme dépolie, pâle, anémiée, laissant à peine apercevoir le réseau vasculaire.

Dans les formes plus intenses, ou dans les poussées aiguës, les lésions sont plus profondes : la muqueuse semble boursoufflée et les bosselures se détachent sous forme de lambeaux constituant les mucosités qu'on retrouve au fond de l'urine.

Enfin dans les formes anciennes les lésions sont généralement diffuses et il est possible d'y rencontrer les différents degrés qui marquent l'évolution complète de la cystite.

Localisation des lésions vésicales. — Quelle que soit la période de la maladie pendant laquelle on examine la vessie, on peut y découvrir des lésions de nature et d'aspects différents ; dans les cas que nous étudions ici et dont nous publierons un certain nombre d'observations, ces lésions peuvent être irrégulièrement distribuées mais sont toujours prédominantes dans certaines régions déterminées par la variété de l'infection ; elles débutent dans la région du col vésical où il est constant de les rencontrer tant qu'il n'y a pas de rétention, mais elles envahissent

rapidement le bas-fond de la vessie où elles s'y localisent surtout dès que la rétention est établie: (Voir Obs. V, VII, VIII, IX). C'est un fait qui est vérifié par le plus grand nombre de nos observations.

Causes de la rétention. — Nous avons dit qu'il était fréquent de constater, chez ces malades, qu'après une miction, la vessie gardait une certaine quantité d'urine.

Deux causes peuvent donner l'explication de ce phénomène: d'abord la contracture prématurée de l'appareil sphinctérien sous l'influence de la douleur ou d'un autre réflexe. Cette hypothèse peu probable, ne pourrait guère se rencontrer que dans les cas où la douleur est violente, ce qui n'est qu'une exception.

D'ailleurs, le deuxième mécanisme rend mieux compte de ce fait et se trouve en absolue concordance avec les résultats observés. C'est la paralysie de la tunique musculaire, sous-jacente à la muqueuse vésicale infectée. C'est la loi de Stokes (1) appliquée à l'inflammation de la vessie.

Déjà Chopart (2) en 1791 avait entrevu cette hypothèse et disait, peut-être d'une façon trop générale, que jamais on ne voit un muscle enflammé se contracter.

Voillemier et Le Dentu (3), dans leur traité des maladies des voies urinaires, s'expriment ainsi à ce sujet. « La rétention peut-être favorisée par la parésie ou la para-

(1) STOKES 1837. Traité des maladies de la poitrine.

(2) CHOPART 1797. Traité des maladies des voies urinaires.

(3) VOILLEMIER et Le DENTU. Traité des maladies des voies urinaires. t. II p. 233.

lysie des fibres musculaires du corps de la vessie, par le fait de l'inflammation. »

Condamy (1) en trouve l'application en 1894, pour certaines formes de rétentions complètes dues à des cystites aiguës.

Enfin ces deux causes peuvent agir successivement ou exercer simultanément leur influence pour donner le même résultat : la rétention incomplète.

Il est intéressant de rechercher comment agit le micro-organisme une fois installé dans la vessie.

(1) CONDAMY. 1893. Cystite aiguë. Rétention. *Thèse de Paris*,

INFECTION VÉSICALE ET RÉTENTION.

Infection vésicale. — M. le professeur Guyon (1) a montré combien est grande la résistance de la vessie à l'infection lorsque celle-ci a conservé ses moyens de défense.

Il n'en n'est plus de même lorsque des « conditions adjuvantes mettent la muqueuse vésicale en état de réceptivité pour l'implantation des microorganismes. » Parmi celles-ci la rétention et la congestion sont les principales.

La rétention est, comme l'a prouvé M. le professeur Guyon, la cause presque générale de l'infection chez les prostatiques et les rétrécis. Dans les autres cas, la congestion paraît jouer un rôle assez important. C'est elle qui prépare le terrain qui devient ainsi favorable à une infection locale. Dans les cystites que nous avons étudiées précédemment, nous retrouvons toujours ce facteur qui précède toute lésion. C'est lui qui constitue, en quelque sorte, la période prémonitoire de l'infection vési-

(1) F. GUYON. — Résistance de la vessie à l'infection (*Médecine médicale*, 1892).

cale ; à ce moment encore, aucun signe révélateur ne peut exister puisque la cystite n'existe pas, mais bientôt arrive le micro-organisme qui s'implante dans cette muqueuse vésicale en état d'infériorité ; il va pouvoir s'y développer et constituer la cystite. Pendant ce travail de l'agent infectieux envahisseur, et avant l'apparition des signes cliniques, permettant d'établir le diagnostic, il est fort difficile de soupçonner l'invasion des parois vésicales.

Début latent de l'infection vésicale. — Aubert (1) a constaté que, dans la blennorrhagie, l'on pouvait avoir une sécrétion purulente déjà établie dans l'urèthre postérieur et dans la vessie, sans qu'aucun symptôme notable, tiré de la douleur, ou de la fréquence des mictions, ait pu faire soupçonner l'invasion des régions profondes ; après avoir rapporté un certain nombre d'observations à l'appui de ce qu'il veut démontrer, il s'exprime ainsi : « Ces observations établissent d'une façon incontestable, que l'on peut trouver, qu'il est même fréquent de trouver à la suite de blennorrhagies récentes et ne datant que de quelques jours, du pus soit dans l'urèthre postérieur, soit dans la vessie ; elles établissent que la présence de ce pus qui constitue une véritable cystite du col ou du corps, ne s'accompagne que de symptômes minimes ou nuls, de telle sorte que rien ou presque rien en dehors de la constatation directe de la suppuration ne vient révéler l'existence d'une lésion des parties profondes ».

(4) AUBERT. 1884. Sur l'état latent du début de la cystite blennorrhagique. *Extrait du Lyon médical.*

Cette infection latente est plus ou moins courte et la triade symptomatique de toute cystite apparaît plus ou moins nette. L'examen cystoscopique aide puissamment au diagnostic.

Une fois caractérisée, la cystite va continuer son évolution. A ce moment encore, la vessie se vide complètement et la sonde introduite après une miction donne la vérification de ce fait.

Rétention consécutive à l'infection locale. — Lorsqu'il est possible de suivre ces malades, il arrive souvent avec l'aggravation des symptômes, que l'on voit la rétention s'établir ; elle augmente graduellement avec l'intensité des lésions ou disparaît avec leur rétrogradation. C'est un fait qu'il est fréquent d'observer à la suite d'une thérapeutique mal dirigée, ou en l'absence de traitement.

Nous avons essayé de rechercher les conditions les plus favorables à l'évolution de ces cystites.

Elle se produisent aussi bien dans les cas aigus que dans les cas chroniques, mais particulièrement dans ces derniers ; elles peuvent coïncider avec des uréthrites aiguës, mais elles sont consécutives le plus généralement à des uréthrites chroniques d'origine gonococcique ou tuberculeuse. Le malade s'est traité peu ou pas du tout et a laissé envahir graduellement, par voie ascendante, les diverses parties de son urèthre.

C'est une affection de l'âge adulte, commune surtout entre 20 et 30 ans, mais qui peut également être observée au-dessous, plus souvent au-dessus ; c'est un fait qui résulte des observations que nous donnons plus loin.

Nous avons également recherché les différents rapports qui existent entre les variétés de cystites que nous avons étudiées. D'après nos observations, qui portent sur 153 cas, nous avons trouvé les proportions suivantes :

Cystites tuberculeuses.....	26. 14	p. %
Cystites blennorrhagiques.....	13. 07	—
Cystites chroniques.....	50. 32	—
Diverses.....	9. 80	—

Nous avons calculé, d'autre part, la fréquence de l'infection précédant la rétention dans ces différentes formes de cystites et nous avons établi le tableau suivant :

43.90 p. % pour les cystites tuberculeuses.

40. — — — blennorrhagiques.

62.39 — — — chroniques.

La statistique que nous établissons ne saurait être accusée de partialité : nous avons en effet noté en bloc tous les cas de rétention que nous avons observés depuis le commencement de nos recherches, même lorsque nous n'avions pas assisté au début de l'affection ; il est fort possible que dans cette dernière catégorie se trouvent un certain nombre de cas qui seraient venus à l'appui de notre thèse.

Nos moyennes sont par conséquent plutôt en dessous de la réalité.

Nous tenons aussi à faire remarquer qu'afin d'éviter la monotonie, nous ne publierons que quelques-unes des nombreuses observations inédites que nous possédons.

DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES

Il est de toute nécessité de vider la vessie dans le cas de rétention, pour obtenir de bons résultats. Il arrive même parfois que la simple évacuation de l'urine résiduelle, répétée aussi souvent que possible, amène une amélioration notable: l'urine qui est un excellent milieu de culture, ne pouvant plus favoriser la pullulation des micro-organismes de la paroi vésicale.

Lorsqu'il n'existe pas de rétention ou quand la vessie a été vidée, tous les antiseptiques peuvent trouver leur application dans le traitement de la lésion.

Si la vessie est atone, le lavage de cette cavité sera supérieur à l'instillation qui devra être réservée pour les cas où la paroi vésicale se laissera peu distendre.

Nous avons obtenu de bons résultats, lorsque les instillations sont indiquées, en particulier avec l'huile composée suivante :

Huile d'olives stérilisée.....	100	grammes
Iodoforme	1	—
Gaïacol.....	5	—

L'huile médicamenteuse reste fort longtemps dans la vessie; elle isole de l'urine la muqueuse tout entière sur laquelle elle agit par son pouvoir antiseptique.

CYSTITES DES RÉTRÉCIS ET DES PROSTATIQUES

Nous avons éliminé de notre étude les cystites qui surviennent chez les rétrécis et chez les prostatiques, mais nous avons remarqué que certaines particularités de leur évolution peuvent servir d'argument en faveur de la théorie que nous défendons.

La vessie des rétrécis lutte contre l'obstacle pour arriver à expulser son contenu, tant qu'elle possède tous ses moyens d'action ; ce surmenage constant est cause de l'hypertrophie de son tissu musculaire et de la congestion de ses parois. Dès qu'un germe infectieux pénètre dans sa cavité, il trouve un terrain propice, s'y développe et paralyse son plan musculaire. La vessie devient alors incapable de se vider.

C'est pourquoi les rétrécis, qui ne voient pas complètement leur vessie, ne voient pas leur rétention régresser après l'opération qui pourtant fait disparaître l'obstacle : elle s'amende au contraire si l'on prend soin d'évacuer régulièrement la vessie et de traiter les lésions de cystite,

causes de l'atonie du muscle vésical (observation XXIV).

Chez les prostatiques les mêmes phénomènes produisent les mêmes résultats que chez les rétrécis : les contractions faibles ou nulles amènent la rétention et accélèrent l'évolution des accidents prostatiques. Tout malade présentant de l'hypertrophie de la prostate, et à la première période de sa maladie, doit être surveillé au point de vue de la rétention et sondé s'il a des signes de cystite ; cette remarque montre l'utilité de l'examen cystoscopique chez ces malades, examen qui seul, peut révéler l'existence d'une infection vésicale au début.

Nous ne voulons pas tirer d'autres conséquences de cette variété de malades, qui, comme nous l'avons dit, ne rentre pas dans le cadre de notre sujet.

OBSERVATION IV (D^r Desnos) (1). — *Uréthro-cystite
blennorrhagique aiguë.*

C., 30 ans.

Deux blennorrhagies antérieures paraissant avoir guéri complètement. Aucun antécédent morbide.

Il y a six jours, suintement le matin, qui le soir même devenait écoulement abondant; injections au permanganate de potasse, le matin et le soir, avec une petite seringue.

Il y a trois jours, après la cinquième injection, envies d'uriner plus fréquentes, douleurs à la fin; le lendemain, mictions très fréquentes, très douloureuses, rares hématuries peu abondantes.

Examen le 18 mai 1897: blennorrhagie aiguë franche, écoulement abondant, sensibilité uréthrale (à l'extérieur) faible; prostate normale, peu sensible, bas-fond vésical douloureux.

Cathétérisme uréthral facile: *vessie complètement vide après une miction.*

Le malade refuse de se laisser instiller;

Traitement: bains, cataplasmes, lait, calmants.

Huit jours après, mêmes symptômes, mais moins aigus; la douleur terminale est moins aiguë et les mictions sont moins fréquentes; il éprouve une sensation de lourdeur, de douleur sourde dans la région périnéale.

Cathétérisme le 25 mai: *rétention de 50 grammes environ,* d'urines louches, franchement purulentes à la fin.

Le malade refuse encore toute instillation et tout lavage.

29 mai: même état; envies d'uriner presque incessantes; mictions tous les 3/4 d'heure environ, très douloureuses, quelquefois teintées de sang; urines très troubles.

Par le cathétérisme, on voit que la rétention a augmenté: 60 à 70 grammes.

(1) Observation communiquée par M. le docteur Desnos à l'Association française d'urologie, en 1898.

Le malade accepte alors les instillations argentiques dont une est pratiquée séance tenante, après évacuation simple de la vessie, sans lavage.

31 mai. — Amélioration sensible : mictions toutes les heures, moins de douleur, rétention : 40 grammes.

2-8 juin. — Quatre instillations sont faites successivement ; la rétention a très régulièrement diminué de 8 à 10 grammes d'une séance à l'autre ; urines de moins en moins troubles.

15 juin. — Guérison complète de la cystite ; *la vessie se vide complètement.*

Écoulement urétral moindre mais qui persiste.

OBSERVATION V (1). — *Uréthro-cystite tuberculeuse.*

Fon..., 41 ans, employé de chemin de fer. Vu à la clinique le 16 novembre 1898.

Il y a deux ans il avait été traité déjà à la clinique pour mictions fréquentes et douloureuses ; il revient pour la même raison. A présent il urine assez souvent, mais peut rester cinq heures sans uriner ; la nuit il se lève trois ou quatre fois ; il souffre toujours, surtout à l'expulsion des dernières gouttes ; pas de sang en ce moment.

Les urines contiennent de nombreux filaments.

L'urètre est libre, l'épididyme droit est bosselé, la prostate a également des bosselures.

L'examen cystoscopique montre des lésions tuberculeuses dans toute la vessie, surtout dans le bas-fond, avec vascularisation des parois latérales.

Sondée après une miction, la vessie ne contient plus d'urine.

(1) Toutes nos observations suivantes sont inédites.

OBSERVATION VI. — *Infection uréthro-vésicale.*

Mu..., 28 ans, cultivateur, se présente à la clinique avec douleurs post-mictionnelles, durant deux ou trois minutes, fréquences assez marquées (toutes les deux heures pendant la journée, et trois ou quatre fois durant la nuit), hématuries terminales intermittentes.

Comme antécédents personnels : blennorrhagie il y a deux ans traitée par des injections qui ont déterminé une cystite consécutive. Il semble que c'est à la suite d'une injection poussée trop fort que l'infection a commencé : fréquence et sang à la fin des mictions, quelques jours après. Les douleurs ont continué depuis mais le sang a disparu au bout d'un mois de traitement général, sans sondage.

Il y a six mois, retour des hématuries à la suite de fatigue et d'un rhume. Soigné par le salol, le santal, mais rien de local, sans amélioration.

Vu à la clinique avec des urines louches contenant quelques filaments. L'exploration montre un canal libre, un urètre postérieur sensible et une vessie non douloureuse à l'exploration, atone, d'une tolérance considérable : 240 grammes de liquide sont nécessaires pour que le malade accuse le besoin d'uriner.

La cystoscopie montre une vessie sans colonnes, très peu vascularisée et présentant un peu de rougeur. Rien à la prostate, aux vésicules, aux épидidymes.

La vessie se vide complètement.

OBSERVATION VII. — *Infection vésicale.*

Lau..., garçon marchand de vins. Pas de passé uréthral; testicule gauche en ectopie.

Il y a quatre jours, à la suite de fatigues, le malade fut pris d'envies fréquentes d'uriner (quatre ou cinq fois la nuit), avec douleurs post-mictionnelles ; depuis hier sang terminal à la miction. Les urines sont troubles avec de nombreux filaments.

L'exploration du canal ne donne aucun renseignement pas plus que l'examen des épидidymes.

Le toucher rectal révèle une légère atrophie du lobe gauche de la prostate.

La vessie, *au cystoscope*, apparaît très vascularisée avec le bas-fond très desquamé ; il existe également des plaques de desquamation au niveau du col vésical.

Le sondage montre une vessie très tolérante qui ne conserve *pas d'urine résiduelle*.

OBSERVATION VIII. — *Cystite chronique.*

Bur..., 41 ans, cordonnier, a eu plusieurs blennorrhagies traitées par lui-même et qu'il croit avoir guéri complètement. La dernière remonte à sept ans et depuis ce moment le malade dit avoir des maux de reins qu'il a traité sans résultat.

Actuellement, lorsqu'il se présente à la clinique, le 22 septembre 1899, les maux de reins sont continuels ; les mictions sont peu exagérées et un peu douloureuses ; jamais il n'a rendu de sang. L'urine est claire et contient quelques points.

L'exploration des reins ne donne aucun renseignement ; celle de l'urèthre permet de constater un peu d'atrésie du méat et une bride à peine sensible de la fosse naviculaire.

Le toucher rectal montre une vessie à peu près normale, peut-être un peu dure et à dépression médiane en forme de V.

Au cystoscope on voit la vessie très vascularisée, à colonnes, exulcérée par place ; la région urétérale est à peu près normale, seul l'uretère droit est dilaté ; le bas fond est tout à fait desquamé et laisse voir des franges et des houpettes.

La vessie est très atone et *se vide complètement*.

OBSERVATION IX.—*Cystite blennorrhagique.*

Tol..., 22 ans ; bimbetotier. S'est présenté à la clinique, le 11 septembre 1899.

Antécédents : Blennorrhagie il y a dix mois traitée par le santal et par des injections d'ichthyol ; durée : neuf mois et depuis goutte le matin.

Depuis huit jours envies fréquentes d'uriner (5 fois la nuit, 15 à 20 fois dans la journée), avec douleurs à la fin des mictions, sang aux dernières gouttes d'urine.

État actuel : symptômes précédents exagérés. Les urines sont troubles en masse et rougeâtres.

Rien à l'exploration des testicules et de la prostate.

Pas de rétention.

Traitement : instillation de protargol à 1/20. Après quelques séances d'instillations qui font diminuer les douleurs et les fréquences, on trouve *un peu de rétention* qui ne disparaît pas malgré le traitement.

Le 9 octobre, après huit instillations sans grand résultat *l'examen cystoscopique* pratiqué laisse voir une vessie avec des lésions avancées de cystite. Tout le bas-fond vésical est stratifié, desquamé.

Le traitement : lavage vésical au protargol suivi d'instillation à la solution saturée d'acide picrique amène une légère amélioration.

Les urines sont toujours troubles et la rétention existe encore.

Le 10 novembre, après évacuation vésicale résiduelle, on pratique des instillations d'huile iodoformée et d'acide picrique.

Après six instillations *la rétention a disparu* et, seules subsistent des urines louches.

OBSERVATION X. — *Uréthro-cystite blennorrhagique*

Cl..., 19 ans, facteur télégraphiste.

S'est présenté à la clinique le 27 septembre 1899.

Antécédents personnels: Blennorrhagie il y a trois semaines, traitée par l'opiat ; pas d'injections.

État actuel : Depuis quelques jours douleurs en urinant plus vives à la fin ; fréquence (toutes les heures) ; pas de sang.

Les urines sont troubles en masse et contiennent de nombreux filaments. Le cathétérisme, très douloureux, permet de constater l'absence de rétention.

Traitement: Instillations dans la vessie d'une solution de pro-targol à 1 p. 10. Après quelques instillations les symptômes douloureux ont disparu, mais les urines sont troubles ; envies d'uriner moins fréquentes également.

Traitement: Instillations d'acide picrique après grand lavage au permanganate de potasse à 1/2000. Trois fois par semaines pendant six semaines sans grand résultat.

OBSERVATION XI. — *Uréthro-cystite blennorrhagique aiguë.*

Tal..., 25 ans, forgeron, s'est présenté à la clinique le 22 novembre 1899.

Première blennorrhagie il y a dix jours.

Depuis quatre ou cinq jours le malade urine difficilement ; les mictions sont fréquentes (toutes les heures dans la journée et trois ou quatre fois dans la nuit), et douloureuses avec exacerbation aux dernières gouttes ; sang à la fin.

La sécrétion est très abondante et l'examen microscopique montre de nombreux gonocoques ; les urines sont troubles en masse. Le cathétérisme après miction montre que la vessie se vide complètement.

Le traitement antiphlogistisque (boissons délayantes, grands

bains) donne après huit jours une grande amélioration au malade ; le 4 décembre le sondage fait constater qu'il existe un peu de rétention. Quelques lavages forcés au permanganate de potasse à 1/2000 suivis d'instillations à l'acide picrique font disparaître les douleurs et diminuer les envies d'uriner.

Le malade reste cinq jours sans traitement et revient porteur d'une épididymite droite.

Le malade n'est plus revenu que quelquefois ensuite.

OBSERVATION XII. — *Prostato-cystite tuberculeuse.*

Bou..., 27 ans, manoeuvre ; pas de blennorrhagie antérieure. En 1889, difficultés des mictions, fréquences, hématuries. Traitement par bains de Barèges ; guérison au bout d'un mois. Rien jusqu'en mars 1899, où brusquement, hématurie abondante. Les urines sont rougeâtres, les mictions fréquentes et l'expulsion des dernières gouttes douloureuse.

Le malade se présente à la consultation le 27 avril 1899 présentant les symptômes suivants : douleurs à la fin des mictions qui sont fréquentes (tous les quarts d'heure, même la nuit) ; sang par moment.

Les urines, troubles en masse, contenant de gros filaments lourds, donnent comme dépôt une couche abondante de mucus.

Le canal qui présente une fistule borgne, de chaque côté du méat en hypospadias, est étroit avec ressauts pénien et bulbaire.

Une sonde béquille n° 16 permet de constater l'absence de rétention et montre une vessie très intolérante, n'admettant pas plus de 25 grammes de liquide.

Les épididymes sont bosselés et le testicule droit est très gros dur, piriforme. Le toucher rectal montre une prostate envahie par les tubercules et comme injectée au suif, les vésicules prises et le bas-fond vésical épaissi.

Le traitement institué : huile gaiacolée et iodoformée, avec instillations d'acide picrique, donne un peu d'amélioration, mais le malade ne revient plus.

OBSERVATION XIII. — *Cystite tuberculeuse.*

Pon..., 31 ans, sous-agent des postes.

Pas de passé uréthral.

Depuis quinze jours, sensations de picotements à la miction; fréquence : tous les quarts d'heure dans la journée et toutes les heures pendant la nuit ; douleur continuelle exagérée pendant et après les mictions ; sang terminal.

Examiné à la clinique le 24 novembre 1899 : Les urines sont un peu troubles et rosées à la fin.

Le canal est libre ; le cathétérisme peu douloureux ; *la vessie se vide complètement* ; le toucher rectal et l'examen des épидидymes ne donnent aucun renseignement.

Le malade est revu le 27 novembre n'ayant suivi aucun traitement.

Les symptômes douloureux sont un peu exagérés et *le cathétérisme après miction donne 30 grammes d'urine.*

Après six instillations d'acide picrique, la rétention n'a pas sensiblement diminué (20 gr.) mais il n'y a plus de sang à la fin des mictions qui sont moins fréquentes et moins douloureuses.

Après quatre instillations d'huile gâicoolée et d'acide picrique, l'amélioration est assez considérable et le malade n'est plus revu. La rétention est encore de 10 grammes.

OBSERVATION XIV. — *Cystite tuberculeuse.*

Bi..., 24 ans ; employé. Vu le 12 avril 1899.

Blennorrhagie unique il y a 18 mois se traduisant par un écoulement bénin, vite disparu.

Il y a environ deux mois, douleurs vésicales avec fréquence des mictions à la suite de coït.

Au moment de l'examen du malade, les douleurs à la miction

sont plus violentes depuis quelques jours ; les urines contiennent des filaments nombreux.

Les épидidymes ne présentent rien de particulier et la prostate est dure, étalée, non douloureuse.

Le canal est libre et la vessie contient à peine quelques grammes de rétention.

Examinée au cystoscope, la vessie présente des lésions de cystite avec quelques points desquamés. On constate également une anfractuosité (petite cellule)   bords irréguliers.

Après dix instillations à l'huile g icol e qui donnent beaucoup d'amélioration, le malade disparaît.

Il r vient six semaines après, présentant les signes d'une prostatite aiguë.

Après quinze jours de traitement, toute poussée aigu e a disparu ; l'urine contient quelques gros filaments lourds.

Avec quelques instillations à l'huile g icol e les urines contiennent quelques points seulement.

Repos de quinze jours après lequel le malade revient se plaignant de douleurs dans les régions rénale et vésicale. Les urines contiennent quelques filaments et il y a un peu de rétention ; le canal est inégal.

La dilatation (Béniqué 50 à 60), et les instillations à l'ichthyol font disparaître, après deux mois de traitement, les filaments et diminuer les douleurs. Il reste toujours quelques grammes de rétention.

Une nouvelle série de huit instillations à l'acide picrique achève de guérir le malade : plus de douleurs, plus de rétention, mais quelques rares points dans les urines.

OBSERVATION XV. — *Uréthro-prostato-cystite chronique.*

Gr..., sellier, 27 ans. Vu à la clinique le 8 septembre 1899, pour la première fois.

Depuis sa première blennorrhagie qui remonte à un an et demi, il subsiste un léger écoulement le matin.

Les urines contiennent de nombreux filaments. Le toucher rectal montre une prostate normale ; l'exploration accuse quelques ressants bulbaires avec une olive n° 20.

Traitements successifs : instillations de protargol ; instillations de nitrate d'argent ; dilatations (Béniqué 40 à 57) et instillations d'ichthyol qui tarissent presque complètement l'écoulement ; l'urine tient encore quelques points en suspension.

Le malade va très bien et demande à se reposer. Il revient quinze jours après ayant depuis quelques jours, sans aucun motif dit-il, des envies fréquentes d'uriner, et de la douleur à l'expulsion des dernières gouttes d'urine.

Le toucher rectal montre une prostate vidée ; les urines contiennent des filaments, *pas de rétention* ; lavages vésicaux au protargol et instillations de protargol dans la région prostatique.

Après quelques jours, l'urine contient de nombreux filaments et l'on constate 20 *grammes de rétention*.

L'examen cystoscopique montre des lésions de cystite.

Le traitement par les instillations d'huile iodoformée dans la vessie et d'acide picrique fait disparaître la rétention et ne laisse persister que quelques points dans l'urine.

OBSERVATION XVI. — *Uréthro-cystite chronique*

Gu..., employé des postes, 25 ans. Vu à la clinique le 15 septembre 1899.

Antécédents personnels : Première blennorrhagie il y a cinq ans ; complication de cystite, à la suite d'injection de nitrate d'argent. Guérison après un an de traitement. Depuis quinze jours, douleurs à la fin de la miction et fréquence. Le début fut brusque et survint pendant un voyage en chemin de fer : le malade est commis ambulant des postes.

Etat actuel : Urines à nombreux filaments lourds ; le canal est libre, douloureux dans la région postérieure ; la prostate est petite, régulière.

Pas de rétention.

Traitement : Instillations d'ichthyol.

Après quelques instillations, le malade continuant son travail, est pris, au cours d'un voyage, de frissons et fièvre intense qui sont le début d'une prostatite aiguë. Un traitement approprié arrête l'évolution de la maladie et après plusieurs poussées aiguës, l'amélioration permet l'examen le 10 novembre. L'urine a quelques points seulement et la douleur subsiste encore à la fin de la miction ; un peu de fréquence. Les instillations à l'acide picrique amènent d'abord un peu d'amélioration, puis, l'état restant stationnaire, on pratique le cathétérisme de la vessie qui retient 30 grammes d'urine résiduelle.

Le toucher rectal montre une prostate bordée, comme encadrée à droite et à gauche, mais plus accentuée à droite : signes de prostatite chronique, forme sèche et non bacillaire.

Le malade se relève une fois la nuit, les douleurs sont peu vives et une légère gêne existe dans le périnée.

Traitement prescrit : Evacuation vésicale et instillations d'huile iodoformée et d'acide picrique.

Après trois semaines, *la vessie se vide complètement.*

OBSERVATION XVII. — *Uréthro-cystite chronique*

M..., 30 ans, agent de police. Première blennorrhagie en 1879; mal traitée par des injections qui déterminèrent une légère épидидymite ; prétendue guérison.

Deuxième blennorrhagie en 1886, traitée par un pharmacien.

Complications : épидидymite droite et balano-posthite. Rechutes fréquentes.

Troisième blennorrhagie en 1898. Vu à l'hôpital Saint-Louis, le malade est traité par l'opiat et les grands bains. Sans amélioration, il se présente à la clinique le 22 juillet 1898.

Etat actuel : Se plaint de douleurs dans les reins et au périnée, d'avoir de la difficulté à uriner; des douleurs à la fin de la miction et d'un peu de fréquence. Les urines sont claires et contiennent des filaments, le canal est régulier et rien n'est trouvé par le toucher rectal ; *pas de rétention*.

Traitements successifs : Protargol en injections sans résultat; les injections d'huile iodoformée et d'acide picrique donnent un peu d'amélioration mais l'urine contient encore quelques points.

Après un repos de trois mois, les douleurs dans la région vésicale subsistent et les urines contiennent quelques filaments. Un peu de rétention. On pratique une dizaine d'instillations d'acide picrique sans grand résultat.

Vue au *cystoscope*, sa vessie présente des lésions de cystite ; les uretères sont béants.

Dix lavages de vessie au protargol (solution à 4 ‰) améliorent l'état du malade mais laissent quelques filaments dans l'urine. *La rétention est peu élevée* (20 grammes environ).

Examen cystoscopique : Vessie congestionnée, desquamée avec prostate déjà saillante.

Traitement institué : Lavage vésical au protargol et instillation d'acide picrique.

Après deux mois de ce traitement, *la rétention n'existe plus*, les urines sont claires sans filaments mais il existe toujours un peu de douleur dans la région vésicale.

OBSERVATION XVIII. — *Cysto-uretéro-pyélie*

M^{me} Le..., 29 ans, vue à la clinique le 3 mai 1899 ; a eu six fausses couches et durant ses grossesses a toujours eu des envies fréquentes d'uriner. Sa dernière fausse couche remonte à trois semaines.

Depuis ce moment les mictions sont fort douloureuses et très fréquentes ; la douleur est surtout violente à l'expulsion des dernières gouttes.

A la palpation, le rein droit est gros, mobile, douloureux à la pression, le gauche ne paraît rien présenter de particulier.

La vessie est irritable et se vide complètement ; les urines sont troubles en totalité.

On pratique un lavage vésical avec une solution de nitrate d'argent à 2 ‰. Deux jours après, la maladie revient bien améliorée ; on continue le traitement pendant quinze jours : les douleurs et les fréquences ont presque complètement disparu.

OBSERVATION XIX. — *Uréthro-cystite chronique. — Rétrécissements larges.*

Fr..., 31 ans, employé.

Deux blennorrhagies antérieures : la première il y a 10 ans, guérie ; la deuxième un an après, également guérie.

Une troisième uréthrite il y a sept ans qui malgré les traitements divers a laissé une goutte persistante.

S'est présenté à la clinique le 11 novembre 1896 avec des douleurs dans les reins et de la difficulté à l'émission des premières gouttes d'urine.

La nuit, le malade se lève une fois pour uriner et accuse, outre son écoulement matutinal, la sortie par l'urètre, d'un liquide blanchâtre et filant, pendant les efforts de la défécation. Les urines contiennent des filaments.

A l'exploration le canal montre quelques inégalités. Le toucher rectal, peu douloureux, permet de constater que la prostate est augmentée de volume.

Rien aux testicules et pas de rétention.

Les traitements institués : instillations de nitrate d'argent et dilatation ; lavages au permanganate de potasse, instillations de sublimé, de chlorure de zinc donnent une légère amélioration et le malade quitte la clinique le 3 novembre incomplètement guéri.

Revu le 31 janvier 1898 avec des symptômes de cystite peu accentués. *Pas de rétention.*

L'examen cystoscopique montre des lésions peu avancées de cystite du corps de la vessie avec congestion cervicale.

Traitement : Lavages vésicaux boriqués et instillations de sublimé.

Le 4 mars, le malade se repose se croyant guéri.

Le 9 septembre 1899 le malade revient avec de nombreux filaments dans les urines et des douleurs plus accentuées. Des lavages au permanganate de potasse faible, avec instillations au sublimé, rendent les urines très claires. Pendant quelques séances on pousse la dilatation jusqu'au n° 55 Béniqué. Le malade est renvoyé à un mois, ayant encore quelques points dans les urines.

Le 21 juillet, les douleurs étant revenues le malade se présente à la clinique.

L'examen cystoscopique pratiqué, montre une congestion vésicale assez considérable et des lésions de desquamation.

La sonde introduite dans la vessie après miction permet de retirer *une petite quantité d'urine*. Le traitement institué : instillations d'huile iodoformée et d'acide picrique (solution saturée) donne une légère amélioration et fait disparaître la rétention.

Le malade, traité en ce moment, est à peu près guéri.

OBSERVATION XX. — *Infection vésicale ; rétrécissements larges.*

Gar..., 55 ans, peintre en bâtiments, s'est présenté à la clinique le 21 février 1899.

Ce malade souffre des reins depuis 10 ans ; depuis quelque temps, les mictions sont plus fréquentes, un peu douloureuses avec les dernières gouttes ; le jet d'urine a notablement diminué.

Les urines sont troubles et contiennent de gros filaments lourds ; *pas de rétention*.

L'exploration est difficile à cause de la sensibilité exagérée du malade : on trouve des rétrécissements serrés.

Le toucher rectal montre une prostate petite.

La dilatation jusqu'au n° 54 Béniqué et des instillations au protargol (1 à 4 p. 20) donnent après trois mois de traitement une amélioration notable de tous les symptômes; le malade croit pouvoir se dispenser de revenir à la clinique.

Revient après six mois présentant de la difficulté à uriner, de la fréquence et des douleurs aux reins ainsi qu'aux testicules. Le malade attribue cette rechute à une grippe qu'il vient d'avoir.

Le cathétérisme évacuateur après miction donne 20 grammes de *réten*tion; les urines sont claires mais contiennent des filaments.

Traitement institué : lavages vésicaux au protargol. Après six lavages, les urines sont claires mais contiennent quelques rares points. La *réten*tion est sensiblement la même (15 grammes).

On pratique une série d'instillations de protargol (solution à 1/10) qui rendent à la vessie sa contraction primitive, mais qui laissent subsister dans l'urine quelques légers produits de desquamation. *Il n'y a plus de réten*tion.

OBSERVATION XXI. — *Uréthro-prostatite chronique. Cystite tuberculeuse. — Rétrécissements larges.*

Mo..., 33 ans, tailleur de pierres.

Antécédents personnels : Première blennorrhagie en 1889, traitée par des injections au sulfate de zinc; [après trois semaines, poussée aiguë avec envies fréquentes d'uriner et douleurs à la fin des mictions. Vu à l'hôpital Necker et soigné pendant deux ans pour cystite tuberculeuse. Depuis ce moment les urines sont troubles.

En 1893, nouvelle blennorrhagie traitée à l'hôpital Necker et en 1895, uréthro-cystite soignée à la clinique du Dr Desnos. Le malade n'a jamais suivi régulièrement aucun régime imposé.

Actuellement, le 13 février 1899, l'écoulement est continu, les mictions sont douloureuses ; le malade a des maux de reins assez pénibles.

Les urines sont troubles avec quelques filaments et ne contiennent pas d'albumine.

Les épидidymes sont bosselés, avec prédominance à l'épididyme droit.

Au toucher rectal, la prostate est dure, aplatie avec des noyaux indurés, surtout du côté droit.

Le canal présente des irrégularités pathologiques.

La vessie se vide complètement

Traitements : Instillations d'acide picrique pendant un mois sans résultat ; les urines sont toujours troubles.

Dilatations (Bénig. n° 53 à 56) et instillations de protargol, faites irrégulièrement.

Le malade se traite un peu à sa manière et fait de grands lavages au permanganate de potasse, chez lui. Après une absence de vingt jours, son état ayant empiré, le malade revient à la clinique.

Examinée au *cystoscope*, la vessie présente une vascularisation considérable, la muqueuse est dépolie. L'uretère droit très dilaté est horizontal ; l'uretère gauche, petit est vertical.

Après miction on trouve 20 grammes de rétention ; la vessie est atone.

Des lavages avec la solution de protargol à 1/500 paraissent rendre les urines plus claires, les douleurs de reins existent encore après six semaines de ce traitement, la rétention est presque nulle.

Des instillations d'acide picrique et d'huile gâicoolée faites pendant un mois *font disparaître complètement la rétention*, mais n'ont aucun effet sur les urines qui restent troubles.

OBSERVATION XXII. — *Uréthro-cystite chronique.*

Rétrécissements larges.

Lou..., 24 ans, épicier, s'est présenté à la clinique le 19 juillet 1899.

Blennorrhagie il y a deux ans, traitée par des injections et guérie au bout de deux mois ; nouvelle blennorrhagie six mois plus tard, traitée comme la précédente et d'égale durée.

Il y a un mois et demi, douleurs violentes dans les reins, envies fréquentes d'uriner, sang à la fin des mictions et souffrances assez vives à l'expulsion des dernières gouttes.

Actuellement, le malade voit continuellement une goutte de pus à l'extrémité de son urèthre, accuse de la fréquence et des douleurs post-mictionnelles, de la lourdeur dans la région du périnée.

Les urines sont louches et contiennent des filaments.

Rien à la prostate ni aux épидидymes ; l'exploration dénote des rétrécissements larges ; *la vessie se vide complètement.*

Après trois instillations d'une solution de protargol à 1/20 qui sont la cause chaque fois d'une légère hématurie, le traitement suivant est institué : trois fois par semaine, une instillation de la solution saturée d'acide picrique suivie d'une autre instillation d'huile gâicoolée.

Au bout d'un mois, les douleurs ont cessé et les urines sont devenues claires mais contiennent encore quelques points. Repos de quinze jours sans changement dans l'état du malade, puis dilatation progressive (Béniqué n° 42 à 48), avec instillations de la solution d'acide picrique. Les urines contiennent alors à peine quelques traces de pus.

Le malade reste deux mois sans être vu lorsqu'il se présente à la consultation avec de la fièvre et ayant des douleurs dans le périnée. Le toucher rectal fait découvrir une prostate grosse,

dure et douloureuse à la pression. Après quinze jours de traitement, le malade est guéri de sa prostatite aiguë ; seules les urines tiennent en suspension quelques légers points, qui persistent à la suite d'instillations d'acide picrique.

La vessie s'est toujours vidée complètement.

OBSERVATION XXIII. — *Uréthro-prostatite et cystite chroniques. — Rétrécissements larges.*

Com..., 19 ans, employé de commerce.

Antécédents personnels : Blennorrhagie en mars 1898 traitée par des tisanes de chiendent, injections d'eau blanche, opiat et copahu, à l'hôpital Saint Louis, sans résultat.

Vu à la clinique le 28 septembre 1898. Etat actuel : Douleurs en urinant, pas de sang, pas de douleurs aux dernières gouttes, et pas de fréquence ; pendant les efforts de la défécation, émission de liquide prostatique.

Les urines sont claires et contiennent des filaments.

Rien à la prostate ni aux épидидymes. Le canal est irrégulier : un explorateur n° 20 montre plusieurs ressauts bulbaires.

Traitement : Dilatations (Béniqué n° 40 à 60) et instillations de protargol à 1/20 (octobre et novembre). Les urines sont claires mais contiennent quelques points.

Du 1^{er} au 20 décembre, des lavages faibles au permanganate de potasse et des instillations au protargol à 1/10, amènent la guérison complète du malade.

Revu le 1^{er} mars 1899, avec des urines contenant des filaments et ayant des douleurs vagues dans la région vésicale, une légère cuisson à la fin de la miction et de la difficulté pour uriner.

L'exploration du canal de l'urèthre montre une récurrence du rétrécissement qui est élastique ; l'uréthrotomie interne à sections multiples est pratiquée le 6 mars par le Dr Desnos.

Les suites opératoires sont bonnes et après quelques dilations consécutives (Béniqué n° 52 à 60), un explorateur n° 25 montre un canal régulier.

Les urines sont claires avec quelques points; *la vessie se vide complètement*, mais les douleurs n'ont pas sensiblement diminué.

Du 6 au 20 mars, instillations d'acide picrique; état stationnaire.

Repos de 15 jours.

10 mai. — *Examen cystoscopique*: Lésions de cystite groupées autour de l'uretère droit qui est dilaté en croissant et paraît cratériforme. La vessie est dépolie, d'aspect velvétique au bas fond; la vascularisation est prononcée dans les parties saines.

Traitement: Instillations d'huile gaïacolée et d'acide picrique après cathétérisme évacuateur.

Du 12 mai au 30 août, ce traitement est pratiqué avec quelques périodes de repos, sans grand résultat, la *réten-tion* est toujours de 20 grammes.

Repos d'un mois après lequel le malade revient. Une dizaine d'instillations avec une solution d'ichthyol à 2.5% n'amènent aucun changement dans l'état du malade.

L'examen cystoscopique (4 octob.) montre des lésions vasculaires moins apparentes.

Quelques lavages de la vessie avec une solution de protargol à 2‰ ne donnent aucun effet.

11 décembre, à la suite d'un écart de régime remontant à quelques jours, les douleurs sont plus fortes et les urines sont troubles en masse.

Au *cystoscope*, la vessie est vascularisée, d'aspect dépoli, la muqueuse blanchâtre et non encore desquamée.

Reprise des instillations d'acide picrique et d'huile gaïacolée. Après un mois, *il n'y a plus de réten-tion*, les douleurs sont moindres mais les urines sont toujours louches et contiennent des filaments.

OBSERVATION XXIV. — (Inédite du Dr Desnos). — *Rétrécissements multiples filiformes. — Cystite chronique.*

C..., 53 ans ? Nombreuses blennorrhagies et peut-être traumatisme de l'urèthre ; elles ont à peu près guéri. Marié il y a 20 ans, plus aucun traitement depuis.

Actuellement, urine mal : les difficultés augmentent depuis 6 ou 7 ans en même temps que les douleurs après chaque miction. Les besoins sont fréquents le jour et se répètent 5 ou 6 fois la nuit. Les urines sont troubles, purulentes et contiennent de gros flocons.

La prostate est un peu grosse et le bas-fond vésical un peu développé.

L'exploration ne permet qu'une bougie filiforme.

Uréthrotomie interne le 12 février 1898 ; suites bonnes sans incident.

20 février : urines toujours très purulentes ; mictions presque aussi fréquentes mais plus faciles.

20 février-4 mars : Dilatations Bèniq. 56.

La vessie ne se vide pas et garde 120 grammes de rétention ; le malade ne veut plus continuer le traitement.

10 avril : Revient dans le même état ; le canal est toujours libre.

L'examen cystoscopique montre la vessie très desquamée, surtout dans le bas-fond, et des colonnes nombreuses entrecroisées.

L'évacuation régulière, tous les jours, amène une grande amélioration.

25 avril : urines moins troubles et rétention de 30 grammes.

Evacuation avec lavages nitrates tous les deux jours.

12 mai : Guérison presque complète ; encore quelques filaments dans l'urine qui est presque claire.

La vessie se vide complètement.

OBSERVATION XXV. — *Hypertrophie prostatique et infection vésicale.*

Dav..., 76 ans, employé, s'est présenté à la clinique pour consulter le 27 février 1899.

Il y a vingt ans, blennorrhagie qui a duré un mois et demi.

Depuis 18 mois, se lève une fois la nuit; et depuis deux mois, urine deux fois la nuit.

Etat actuel : envies d'uriner impérieuses et fréquentes, douleurs à la fin des mictions ; pas de sang.

Rien à l'exploration ; le toucher rectal montre une prostate assez considérable.

L'urine est trouble en masse.

La vessie est intolérante et ne se laisse pas distendre au-delà de 30 grammes.

Il n'y a *pas de rétention*.

Traitements : instillations au protargol à 10 % pendant 2 mois. Légère amélioration et tolérance vésicale plus grande ; les urines sont toujours troubles.

Repos de 15 jours.

Instillations d'huile gâicoolée après lavage au protargol à 2 %; mieux considérable, urines claires avec quelques points seulement. Le malade souffre à peine, il a moins de fréquence et il reste un mois sans revenir.

Revu alors avec des urines claires, mais contenant des filaments ; il a quelques douleurs ; la vessie retient 20 grammes d'urine. Cette *rétention disparaît* progressivement à l'aide de quelques lavages au protargol à 2 %.

CONCLUSIONS

1° Si, dans la majorité des cystites, la vessie se vide complètement et se contracte spasmodiquement pour expulser toute l'urine, il n'en existe pas moins des cas assez nombreux dans lesquels la cystite s'accompagne de rétention incomplète.

2° Ces cas sont distincts de la rétention des rétrécis et des prostatiques chez lesquels la rétention est préalable; dans ceux que nous avons étudiés, l'infection vésicale est primitive et la rétention s'établit secondairement.

3° Deux causes principales concourent à la production de la rétention : l'une est la contraction trop hâtive de l'appareil sphinctérien de la vessie ; l'autre, plus commune et plus puissante, réside dans la paralysie du muscle vésical consécutive à l'infection de la muqueuse : c'est une application de la loi de Stokes.

4° Des examens cystoscopiques permettent de suivre la marche des lésions : à la première période, le bas-fond vésical est aussi atteint et presque aussi souvent que la région cervicale. Plus tard, dès que la rétention s'est ins.

tallée, c'est dans le bas-fond que les lésions sont prédominantes.

5° Toutes les espèces de cystites peuvent aboutir à la rétention ; celles qui y prédisposent le plus paraissent être les cystites tuberculeuses et les cystites chroniques succédant à l'urèthrite chronique. C'est dans les formes chroniques que la rétention est la plus fréquente.

6° Il en découle dans la pratique, la nécessité de s'assurer, en présence d'une cystite, de la vacuité de la vessie aussitôt après une miction. Au point de vue thérapeutique la conclusion la plus importante est que l'évacuation artificielle de la vessie doit précéder tout autre traitement; elle suffit dans certains cas pour enrayer l'infection ; en tous cas, toute médication antiseptique ne doit être que consécutive.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
GUYON

VU : LE DOYEN,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Thèses de la Faculté de Paris.

- GRAPERON. — Catarrhe de la vessie, an XI.
JOUSSELIN. — Catarrhe vésicæ, 1809.
BALLY. — De catarrho vesicæ chronico, 1811.
JOURDA. — Catarrhi vesicæ urinariæ historia, 1812.
CHEVIR. — Catarrhe aigu de la vessie, 1812.
FONTAINE. — Catarrhe de la vessie, 1815.
PASQUIN. — Catarrhe aigu de la vessie, 1815.
GIRODET. — Catarrhe vésical, 1816.
JOBET. — Catarrhe vésical, 1816.
MOTREF. — Catarrhe aigu de la vessie, 1819.
GRENIER. — Catarrhe aigu de la vessie, 1819.
GUILLEMOT. — Catarrhe aigu de la vessie, 1819.
GENOUVILLE. — Catarrhe de la vessie, 1820.
MAUDUIT. — Catarrhe vésical, 1820.
RAYBAUD. — Catarrhe vésical, 1821.
DUPUTIER. — LATREILLE. — Catarrhe chronique de la vessie, 1822.
PLAIX. — Catarrhe aigu de la vessie, 1822.
JALLAT. — Cystite chronique, 1824.
ROSSIGNOL. — Cystite et catarrhe, 1821.
ROSTAN. — Catarrhe chronique de la vessie, 1821.
RAYNAUD. — Cystite aiguë 1822.
NOEL. — Catarrhe chronique de la vessie, 1826.
BOILEAU. — Cystite ou inflammation de la vessie, 1827.

- MENON. — Spasme de la vessie et de l'urèthre, 1829.
- MARBOUX. — Inflammation aiguë et chronique de la vessie, 1841.
- MAISON. — Inflammation aiguë et chronique de la vessie, 1841.
- POMIÉ. — De la contracture du col vésical, 1851.
- VIRLET. — De la cystite des vieillards, observée à l'Hôtel des Invalides, 1854.
- GUIGAT. — Du catarrhe chronique de la vessie et de son traitement, 1857.
- LE GARREC. — Contracture douloureuse du col de la vessie. Emploi des Bougies Béniqué, 1876.
- SEBEAUX. — Contractions du col de la vessie, 1876.
- MONS. — Cystite dans la grossesse et dans l'accouchement, 1877.
- GIRARD. — De la cystite pseudo-membraneuse, 1877.
- LAFORÉST. — Cystite du col de la vessie, 1878.
- ZUCCARELLI. — Cystite chronique. Traitement par le chlorate de potasse, 1879.
- MALGOUVERNE. — Pyélo-néphrite d'origine vésicale, 1879.
- BAZY. — Reins. Leurs lésions dans les affections des voies urinaires, 1880.
- DESCOUR. — Cystite blennorrhagique, 1881.
- GERGAUD. — Des cystalgies et de leur traitement chirurgical, 1882.
- BOURSIER. — De la tuberculose de la vessie, 1885-86.
- DUCHASTELET. — Capacité et tension de la vessie, 1885-86.
- CLADO. — Etude sur une bactérie septique dans la vessie, 1886-87.
- HARTMANN. — Des cystites douloureuses. Leur traitement, 1886-87.
- BERLIOZ. — Recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine, 1887-88.
- CHALEIX-VIVIER. — Des névralgies vésicales, 1887-88.
- ALBARRAN. — Etude sur le rein des urinaires, 1888-89.
- LAVAUX. — Du lavage de la vessie sans sonde à l'aide de la pression atmosphérique, ses usages, ses applications au traitement des cystites douloureuses, 1888-89.
- JANET. — Les troubles psycho-pathiques de la miction, 1889-90.

- BOHDONOWICZ. — Contribution à l'étude de la pathologie du muscle vésical, 1891-92.
- DORIÉ. — Contribution à l'étude de la cystite calculeuse, 1891-92.
- REBLAUD. — Les cystites non tuberculeuses chez la femme, 1892.
- CONDAMY. — Cystite aiguë, rétention, rétrécissements, 1893-94.
- COURSIER. — Traitement des cystites chroniques rebelles chez la femme par le curettage vésical pratiqué par la voie urinaire, 1893-94.
- DUCHESNE. — Sur la vessie irritable chez la femme, 1894-95.
- DELBET. — Anatomie chirurgicale de la vessie, 1894-95.
- GENOUVILLE. — La contractibilité du muscle vésical à l'état normal et à l'état pathologique, 1894-95.
- LEGROS DE GRANDCOURT. — Etude et diagnostic des fausses cystites, 1894-95.
- MIRANDA. — Traitement des cystites rebelles chez l'homme par le curettage vésical et le drainage périnéal, 1894-95.
- CHARALAMBIEFF. — Cystite blennorrhagique aiguë, 1895-96.
- CAMERO. — Cystite douloureuse chez la femme. Curettage, 1895-96.
- PAILLOZ. — Influenza. Localisations sur la vessie, l'urèthre, le testicule, 1895-96.
- GOUYONNAT. — Cystite en particulier dans les maladies infectieuses, 1896-97.
- COLAS. — Vessie. Tuberculose et son traitement chirurgical, 1897-98.
- RÉNIAC. — Cystite tuberculeuse ; traitement par les injections de vaseline iodoformée, 1898-99.

*
* *

- AUDRY (Ch.). — Des cystites blennorrhagiques et de leur traitement opératoire. Paris, 1894.
- BARLOW. — Beitr. Z. Act. Prophyl. und Ther. des Cystitis. Prag., 1892.

- BATUAUD (Jules). — L'influence du traitement des cystites sur les pyélo-néphrites comparée à celle du traitement de l'endométrite sur les salpingites. Paris, 1890.
- BAZY. — Contribution à l'étude du traitement de la cystite du col par les instillations de nitrate d'argent. Paris, 1883.
- BURGER (Adam). — Ueber cystitis exfoliativa. Erlangen, 1885.
- BURLOT. — Contribution à l'étude de la tuberculose vésicale. *Th. Montpellier*, 1894.
- COLLIN. — Traitement des cystites par les instillations de sublimé. Paris, 1894.
- DESNOS. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de la cystite blennorrhagique. Paris, 1886.
- DENYS. — Etude sur l'infection urinaire (*Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*), T. VI ; n° 1, p. 114, 1892.
- DUBUC. — Cystite survenue au septième mois de la grossesse, ayant persisté avec aggravation à la suite de l'accouchement. Guérison par les instillations de nitrate d'argent. Observations lues à la Société de médecine de Paris, (séance du 24 juillet 1886).
- GUIARD (F.-P.). — Maladies des voies urinaires. Diagnostic et traitement des cystites. Paris, 1888.
- GUYON. — Diagnostic différentiel de certaines formes de la cystite et des néoplasmes de la vessie (*Annales des maladies des org. gén. ur.*). Paris, 1895.
- HUTINEL. — Cystite coli-bacil chez les enfants. *Revue médicale*, 1896, p. 675.
- LAVAUX. — Contribution à l'étude des cystites douloureuses. Paris, 1888.
- LAVAUX. — Cystite extrêmement douloureuse traitée par le lavage de la vessie sans sonde (guérison). Clermont (Oise) 1888.
- LEPRÉVOST. — Etude sur les cystites blennorrhagiques. Paris, 1884.
- MORELLE. — Etude bactériologique sur les cystites. La cellule. 1891.
- PALIARD (Aubert). — Cystite bactérienne consécutive à des injections d'infusions végétales. Cystite blennorrhagique succédant à la cystite bactérienne. Lyon, 1886.

- PEYER (Alex). — Die reizbare oder idiopathiscæe, Blasenreizung. (Irritable bladder nervous bladder). Stuttgart, 1888.
- RAYMOND. — Du traitement des cystites spasmodiques rebelles chez l'homme par la dilatation du sphincter vésical (pratiquée à la faveur d'une boutonnière périnéale), Lyon, 1882.
- REBLAUD. — Des cystites non tuberculeuses chez la femme. (Etiologie et pathogenie). Paris, 1892.
- SCHNITZLER. — Zur Oetiol. der cystitis. Wien., 1892.
- SCHWEIGMANN (Heinrich). — Ueber puerpérale cystitis. Würzburg, 1886.
- VINCENT. — Note sur le traitement des cystites spasmodiques rebelles chez l'homme par la dilatation rapide du sphincter à la faveur d'une boutonnière périnéale. Lyon, 1882.
- WREDEN. — Zur æt. der cystitis. *Centralblat. f. Chir.*, 1893.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	5
DES CYSTITES : <i>Définition. Etiologie et développement,</i> <i>Voies d'accès des micro-organismes dans la vessie....</i>	9
ÉTUDE CLINIQUE DES CYSTITES : <i>Symptômes, Anatomie</i> <i>pathologique.....</i>	14
DES CYSTITES DOULOUREUSES.....	17
<i>Observations.....</i>	19
CYSTITES DE MOYENNE INTENSITÉ : <i>Caractères, Examen</i> <i>cystoscopique, Localisation des lésions vésicales, Causes</i> <i>de la rétention.....</i>	23
INFECTION VÉSICALE ET RÉTENTION : <i>Infection vésicale,</i> <i>Début latent de l'infection vésicale, Rétention consé-</i> <i>cutive à l'infection locale.....</i>	28
DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES	32
CYSTITES DES RÉTRÉCIS ET DES PROSTATIQUES.....	33
<i>Observations.....</i>	35
CONCLUSIONS	56
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	58

LIBRAIRIE A. MALOINE

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

PARIS

- AUSSET** (D^r), professeur agrégé. — **Leçons cliniques sur les maladies des enfants**, faites à l'hôpital Saint-Sauveur. 1896-99, 3 vol. in-8, 1898. 15 fr.
- BERDAL** (D^r), médecin de consultations à l'hôpital Saint-Louis. — **Traité pratique des maladies vénériennes**. Préface de TENNESON. In-8, 1897, avec fig. et pl. col. 10 fr. »
- BERNHEIM**. — **Immunisation et sérumthérapie**. 2^e édition, revue et augmentée. In-8, 1897. 4 fr. »
- BERNHEIM**. — **Formulaire clinique**, formules pratiques recueillies à la polyclinique de Vienne. Traduit sur la 15^e édition et augmenté de nombreux travaux originaux. Un vol. in-32, cart., 1896. 4 fr. »
- CHATELAIN**. — **Précis iconographique des maladies de la peau**. Ouvrage accompagné de 50 **PLANCHES HORS TEXTE EN COULEUR**, reproduites d'après nature, par **FÉLIX MÉHEUX**, dessinateur des services de l'HÔPITAL SAINT-LOUIS. Un fort vol. gr. in-8, 1896, relié toile. 25 fr. »
- COURTADE**. — **Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille**. Un vol. in-18, 1895. 4 fr. »
- GARNIER et DELAMARE**. — **Dictionnaire des termes techniques de médecine**, contenant les étymologies grecques et latines, les noms des maladies, des opérations chirurgicales et obstétricales, les symptômes cliniques, les lésions anatomiques, etc. Préface de H. ROGER, professeur agrégé. In-18, 1900. Broché, 5 fr., relié. 6 fr. »
- KRAFFT-EBING**. — **Traité clinique de psychiatrie**, traduit sur la 5^e édition allemande, par le D^r EMILE LAURENT. Un fort vol. in-8, 1897. 20 fr. »
- LEVILLAIN**. — **Essais de neurologie clinique, neurasthénie de BÉARD et états neurasthéniformes**. In-12, 1895. 4 fr. »
- MALBEC**. — **Consultations et ordonnances médicales**, 2^e édition, revue et augmentée, in-18, rel. souple, 1897. 4 fr. »
- MAURANS** (D^r de). — **Compendium moderne de médecine pratique**, publié sous la dir. du D^r DE MAURIANS. In-8, de 720 p., 1894. 12 fr. »
- NOGUÉ**. — **Précis de posologie infantile**. In-8, rel. s., 1895. 3 fr. 50
- PANSIÉR** (d'Avignon). — **Traité d'électrothérapie oculaire**, avec une préface de M. le D^r E. VALUDE. 1 vol. in-18, avec fig., 1895. 6 fr. »
- PANSIÉR** (d'Avignon). — **Traité de l'œil artificiel**. 1 vol. in-18, cart., avec fig., 1895. 4 fr. »
- STAPPER**. — **Traité de Kinésithérapie gynécologique** (système de BRANDT), nouvelle méthode de diagnostic et de traitement des maladies des femmes. Ouv. contenant la traduction du livre de BRANDT et 130 fig. In-8, 1897. 12 fr. »
- TRUC**, professeur de clinique ophthalmologique à Montpellier, et **VALUDE**, médecin de la Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts. — **Nouveaux éléments d'ophthalmologie**. 2 vol. in-8, 1896, avec 257 fig. et 1 pl. en couleur. 20 fr. »
- VARIOT**. — **La diphtérie et la sérumthérapie**. Études cliniques faites au pavillon Bretonneau. In-8, 1898, avec 28 fig. et 1 pl. col. 12 fr. »
- VAUCAIRE**. — **Formulaire de gynécologie, thérapeutique, traitement des maladies des femmes** (formules des professeurs et médecins spécialistes). In-18, 1895, rel. 4 fr. »
- VIGNES**. — **Technique de l'exploration oculaire**, introduction à l'étude de l'*Ophthalmologie*. 1 vol. in-8, avec 213 fig. dans le texte, 1896. 8 fr. »